



Сердечно-Сосудистые Заболевания И Их Особенности

1. Набижонов Шохрух Солижон
угли

2. Вохидов Орифжон Файзулла
угли

Аннотация: В нашей работе отражены аспекты сердечно-сосудистые заболевания и их особенности опираясь на литературные источники.

Ключевые слова: сердце, мозг, население сердце. аспекты, осложнение.

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Aug 2023,
Online 28th Sep 2023

¹ Студент, Дальневосточного
федерального университета, Россия

² Студент, Ташкентского
Педиатрического Медицинского
Института. г. Ташкент, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания группа болезней, уносящих ежедневно огромное количество человеческих жизней по всему миру. Согласно исследованиям, в прошлом веке в России еще не регистрировалось такое количество больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ишемическая болезнь сердца, инфаркты и инсульты являются самыми частыми и опасными болезнями, повышающими уровень смертности населения.

Однако демографические тенденции в мире в последние десятилетия четко обозначили проблему пожилых пациентов. возрастной состав населения меняется в сторону преобладания лиц пожилого и старческого возраста, особенно среди женщин. в настоящее время 10 % всей мировой популяции составляют пожилые люди. прогнозируется, что в недалеком будущем эта пропорция увеличится до 30 %.

В связи с этим всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально пересмотрела возрастные нормы, исключив гендерное различие. классификация возраста по данным воз: 18-44 года – молодой возраст, 44-59 лет– средний (зрелый) возраст, 60-74 лет – пожилой возраст, 75-89 лет – старческий возраст, 90 лет и старше – долгожители. уровень заболеваемости с возрастом растет. по данным эпидемиологических исследований, практически здоровые люди среди пожилого населения составляют примерно 9%, остальные страдают различными заболеваниями.

Авторами литературных источников было отмечено, что сегодня не менее 1/2 пациентов, обращающихся за терапевтической помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. большинство из них подвержены таким распространенным сердечно-сосудистым

заболеваниям (ССЗ), как артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз магистральных артерий головы и шеи, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и др. проблема ССЗ у пожилых лиц высоко актуальна ввиду не только значительной распространенности этих заболеваний, но и их общепризнанного негативного влияния на прогноз. ведущей патологией в структуре ССЗ является ИБС.

Согласно данным фремингемского исследования, стенокардия напряжения является первым признаком ИБС у мужчин в 40,7% и у женщин – в 56,5 % случаев. заболеваемость стенокардией за последние годы увеличилась на 40,5 %, а острым инфарктом ми. кроме того, ИБС – наиболее частая причина смерти лиц пожилого возраста. ежегодная смертность среди больных старше 65 лет составляет 2-3 %. на сегодня недостаточно данных современных масштабных рандомизированных клинических исследований (рки), посвященных ИБС у пожилых больных (их доля составляет суммарно < 10%). распространенность ИБС существенно отличается в различных возрастных группах: в британском региональном исследовании этот показатель у мужчин в возрасте до 40 лет составил 8%, тогда как в группе 40-59 лет – 25%. манифестация заболевания у женщин наступает, в среднем, на 10 лет позже, пик ее распространенности (27%) регистрируется после 65 лет. распространенность ибс в разных географических зонах варьирует в широких пределах. по данным эпидемиологических исследований, в странах с высоким показателем заболеваемости ибс этот показатель колеблется от 43000 до 58000 на 1 млн. населения, что определяется этнической принадлежностью, демографической структурой, образом жизни и другими характерными чертами популяции, а также соотношением традиционных факторов риска атеросклероз.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России остается высокой как по общим, так и по стандартизованным показателям. в значительной степени сердечно-сосудистая смертность обусловлена ИБС.

Отечественными авторами был установлен тот факт ,что в мире ИБС является самой частой причиной обращаемости взрослых в медицинские учреждения среди всех ССЗ - 28% случаев .наиболее грозным проявлением ИБС является острый коронарный синдром (ОКС), который проявляется в двух основных формах: ОКС с элевацией сегмента ST (окспст) и окс без элевации сегмента ST (оксбпст). конечным исходом ОКС могут быть нестабильная стенокардия (нс) или, в случае некроза миокарда, инфаркт миокарда (им) (с зубцом q или без такого). дифференциальный диагноз между этими двумя состояниями проводится на основании появления или отсутствия кардиоспецифичных маркеров крови. последние американские рекомендации по лечению ОКС предлагают использовать этот термин вместо терминов «нестабильная стенокардия» и «инфаркт миокарда без подъема st». основным патогенетическим механизмом ОКС является острая ишемия миокарда, которая в большинстве случаев развивается в результате разрыва нестабильной атеросклеротической бляшки с последующим ее тромбозом. ОКС имеет различные клинические проявления в зависимости от выраженности степени обструкции просвета артерии, локализации поражения в коронарном русле, дистальной эмболизации и наличия коллатерального кровотока. Внутрисосудистый рост тромба может быть окклюзирующим и неокклюзирующим, неокклюзирующий или временно окклюзирующий тромбоз поврежденной атеросклеротической бляшки является наиболее частой причиной оксбпст. продолжительный окклюзирующий тромбоз, как правило, приводит к формированию ОКС и является очень существенной проблемой общественного здоровья в развитых индустриальных странах.

Статистические данные показали ,что в среднем в России регистрируется около 520 тысяч случаев ОКС в год, среди которых 36,4% составляет им, а 63,6% - нестабильная стенокардия по данным российского регистра ОКС почти у половины больных с острой коронарной

недостаточностью первым проявлением ИБС является (инфаркт миокарда) им. поэтому можно предполагать, что только 40-50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50-60% случаев заболевание остается нераспознанным .коронарный атеросклероз, обуславливающий развитие ишемической болезни сердца, особенно распространен у больных старших возрастных групп. к настоящему времени доказано, что в основе острого коронарного синдрома лежит единый морфологический субстрат - разрыв атеросклеротической бляшки коронарной артерии с формированием на поверхности разрыва вначале тромбоцитарного, а затем и фибринового пристеночного тромба, обуславливающего весь симптомокомплекс клинических проявлений. при этом определяющим фактором для развития варианта острого коронарного синдрома (нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда) являются исключительно количественные характеристики процесса тромбообразования - продолжительность и степень тромботической окклюзии коронарной артерии. при ограничении коагуляционного каскада в рамках начальной, тромбоцитарно-сосудистой стадии происходит развитие клинко-лабораторного симптома комплекса, что проявляется длительным или рецидивирующим ангинозным болевым синдромом с формированием микроочагов некроза в миокарде, выявляемых с помощью высокочувствительных маркеров (тропонины т и i). на ЭКГ у таких больных обнаруживаются стойкая или преходящая депрессия интервала ST, а также уплощение или негативность зубца т. в последующем у больных с острым коронарным синдромом без подъема интервала st возможны следующие исходы (примерно в равном количестве случаев): нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда без подъема интервала st (преимущественно q-негативный) в случае последовательной реализации всех стадий тромбогенеза с конечным образованием фибринового каркаса тромба острый коронарный синдром манифестирует развитием трансмурального (с зубцом q) инфаркта миокарда, т.е. на ЭКГ вначале будет подъем интервала st, а в последующем появляется патологический зубец особенностью развития коронарного атеросклероза у пожилых и старых людей по сравнению с лицами среднего возраста являются медленно нарастающие диффузные поражения всей системы коронарных артерий в сочетании с диффузным миокардиосклерозом и развитием коллатерального кровообращения в миокарде. относительная компенсация недостаточности коронарного кровообращения у пожилых и старых людей достигается за счет снижения уровня энергетического обмена, повышения роли анаэробного пути образования энергии, уменьшения кислородного запроса тканей и гемодинамическими перестройками. несмотря на указанные компенсаторные факторы, для пожилых и старых больных весьма характерно снижение так называемого коронарного резерва, что 45 проявляется в быстром нарастании у них при физической нагрузке и эмоциональных стрессах признаков острой недостаточности коронарного кровообращения и снижении сократительной способности миокарда, часто с явлениями сердечной недостаточности особенности течения ишемической болезни сердца в гериатрии связаны с возрастным ремоделированием сердца, проявляющимся прогрессирующей атрофией миокарда, физиологическим склерозом сосудов миокарда. развивающееся ремоделирование сердца способствует нарушению, как систолической, так и диастолической функции сердца. с возрастом нарушается электролитное равновесие в миокарде (снижается содержание калия, повышается содержание кальция, натрия), что способствует развитию аритмии у лиц пожилого возраста, возрастает склонность к дисфункции синусового узла, падает регулирующее действие блуждающего нерва, что приводит к автономной деятельности проводниковой системы сердца. на увеличивающиеся стрессовые нагрузки сердце не способно реагировать адекватно.

Все эти изменения приводят к снижению ударного объема на 20%, из-за чего страдают жизненно важные органы. стенокардия у пожилых людей имеет ряд особенностей:

1. болевые ощущения в момент приступа менее интенсивны, но более продолжительны. стенокардия напряжения не дает выраженной вегетативной симптоматики, но часто протекает на фоне высокого артериального давления.
2. часто признаком стенокардии у пожилых людей может быть одышка, а не боль.
3. на фоне сердечной недостаточности очень часто приступы стенокардии проявляются нарушением сердечного ритма.
4. изредка у лиц пожилого возраста на первое место выходит цереброваскулярная недостаточность. 5. у большинства пациентов пожилого возраста стенокардия протекает в форме стабильной стенокардии различных функциональных классов. 6. загрудинные боли у пожилых людей могут возникать в результате грыжи диафрагмального отверстия диафрагмы. 7. практически у всех пациентов есть сопутствующая патология – это или облитерирующий атеросклероз, или атеросклеротическая энцефалопатия, или сахарный диабет и т.д. диагностика заболевания из-за этого затруднена.

Таким образом, особенности острого коронарного синдрома у лиц пожилого и старческого возраста заключается в следующем: болевой синдром при стенокардии часто бывает менее выражен, боли могут быть различными по локализации, интенсивности и продолжительности, часты безболевые и атипичные формы.

Основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и вредное употребление алкоголя.

Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения кровяного давления, повышения уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и они могут указывать на повышенный риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.

Зарубежными и отечественными авторами отмечено, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, для снижения риска развития ССЗ и профилактики инфаркта и инсульта при диабете, повышенном кровяном давлении и повышенном уровне липидов может быть необходима лекарственная терапия. В целях усиления мотивации людей в отношении выбора и поддержания здоровых форм поведения необходима политика в области здравоохранения, обеспечивающая создание благоприятной среды для возможности здорового выбора и его приемлемости по стоимости.

Для того чтобы люди выбирали и поддерживали здоровые формы поведения, необходима политика по созданию окружающей среды, благоприятной для обеспечения здорового выбора, его доступности и приемлемости по стоимости.

Таким образом, в конце литературного анализа можно сказать, что существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие хронических болезней, или основополагающих причин. Они являются отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям — это глобализация, урбанизация и старение населения.

Литература

1. Лупанов в. п. вторичная медикаментозная профилактика ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда [текст] / в. п. лупанов // медицинский совет. -2013. -№ 3, ч. 1. -с. 86-91.
2. Мазур е.с. динамика артериального давления при эпизодах болевой и безболевой ишемии миокарда у больных с артериальной гипертензией. /е.с. мазур //российский кардиологический журнал. -2002. - № 3. - с. 21-26.
3. Макарова и.н. реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы /под ред. и. н. макаровой. - м. : гэотар-медиа, 2010. -304 с.
4. Рябыкина г.в. использование холтеровского мониторирования экг для диагностики ишемии миокарда у больных с различной сердечно – сосудистой патологией /г.в. рябыкина //сердце. – 2001. -№ 1(6). – с. 283-292.
5. Садлоу к. вторичная профилактика ишемической болезни сердца часть 1 /к. садлоу, е. лонн, м. пиньон, э. несс, ч. рихал. - м.: медиа сфера, 2003. - с. 129-130.
6. Щукин ю.в. хроническая ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте: науч.-практ. пособие /ю.в. щукин, а. е. рябов; минздравсоцразвития со, гоу впо самгму росздрава, гуз со «гериатрический науч.-практ. центр». - самара : волга-бизнес, 2008. -44 с.
7. Явелов и. с. новые данные о лечении обострений ишемической болезни сердца: по материалам 24 конгресса европейского кардиологического общества / и. с. явелов // consilium medicum. - 2002. - т. 4, № 11. - с. 565-571.
8. Sukhija r, fahdi i, garza l, fink l. inflammatory markers, angiographic severity of coronary artery disease, and patient outcome// american journal cardiology.- 2007 - №99(7)-p.879-884.
9. Swedberg k. what should we do about heart failure: challenges for 2009 // eur. j. heart fail. -2009.- vol. 11(1)- p. 1–2.
10. Zerafin t., hoetzenecker k., hacker s. heat shock proteins 27, 60, 70, 90alpha, and 20s proteasome in on-pump versus off-pump coronary artery bypass graft patients//ann thorac surg. -2011 - № 85(1)- p. 80-87.
11. Szwed h., sadowski z., pachocki r. et al. the antiischemic effects and tolerability of trimetazidine in coronary diabetic patients. a substudy from trimpol– 1. j cardiovasc drugs ther 1999; 13: 217–22.
12. Teijeira e, adrio b. the -251a>t polymorphism of interleukin-8 is associated with longer mechanical ventilation and hospital staying after coronary surgery// cytokine.- 2010 - №50(3)-p.268-272